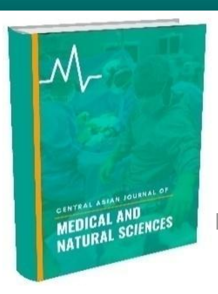
CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES



Volume: 03 Issue: 02 | Mar-Apr 2022 ISSN: 2660-4159

http://cajmns.centralasianstudies.org

Состояние Тромбоцитарного Гемостаза При Беременности: Признаки Нормы И Патологии

1. **Зайнутдинова Дилафруз Латибовна**
2. **Бокиева Файзинисо Адхамовна**

Received 25th Feb 2022,
Accepted 10th Mar 2022,
Online 11th Apr 2022

[1,2] Ташкентская Медицинская Академия,Ташкент, Узбекистан

Аннотация: В обзоре представлены характеристики реакций кизисосудисто-тромбоцитарного гемостаза при физиологической и осложненной беременности. Описаны особенности перестройки морфологической структуры и функциональной активности тромбоцитов при физиологической гиперкоагуляции, изокоагуляции, патологической гипер- и гипокоагуляции при гестозе, анемии беременных, привычном невынашивании беременности.

Ключевые слова: беременность, тромбоцитарный гемостаз, тромбоцитопения, кровотечения, осложнения..

Актуальность проблемы. Забота и изучение медико-социальных проблем состояния здоровья женщин репродуктивного возраста является важнейшей задачей государства и здравоохранения. Эти проблемы требуют решения в масштабе всей страны, но вместе с тем конкретные задачи по улучшению их здоровья должны определяться и решаться внутри каждого региона с учетом реально складывающейся на месте обстановки.

Рост заболеваемости в среде женщин репродуктивного возраста, в частности при беременности за последние годы вызывает особую тревогу, так как это ведет к увеличению числа различных заболеваний и грозных осложнений как у матери, так и у рождаемого ребенка [8].

Изучению вопросов, касающихся особенностей гемостаза при беременности, посвящено колоссальное количество исследований, проводимых как в Узбекистане, так и за рубежом, что обусловлено, прежде всего, повышенным риском материнской и перинатальной смерти и инвалидизации в группе больных с теми или иными отклонениями от нормы в системе регуляции агрегатного состояния крови [4,9].

В структуре причин материнской смертности кровотечения занимают ведущее место во всем в мире, составляя от 13 до 25%. Несмотря на то, что динамика показателей материнской смертности в Узбекистане имеет четкую тенденцию к снижению [1], структура причин идентична с таковой в развивающихся странах: кровотечения, септические осложнения. Снижение уровня материнской смертности происходит в основном за счет уменьшения числа умерших после осложнений родов, в то время как снижение частоты акушерских кровотечений в структуре материнской смертности, происходит крайне медленно [7].

В последние годы особую актуальность приобретают нарушения гемостаза, в связи с ростом их встречаемости и утяжелением течения под влиянием разнообразных патологических процессов и факторов воздействия окружающей среды [6]. Причины расстройств гемостаза достаточно разнообразны, патология тромбоцитов занимают среди них не последнее место которая является причиной кровоточивости почти в 80 % случаев [9].

Во время беременности в организме женщины возникают физиологические изменения в системе гемостаза, связанные с появлением маточно-плацентарного круга кровообращения. По мере прогрессирования сроков гестации во всех звеньях свертывающей системы крови происходят изменения, направленные на подготовку женщины к возможным осложнениям во время беременности, родов и раннего послеродового периода [8].

В активации системы гемостаза большую роль играют изменения общей гемодинамики в организме беременной женщины. При физиологически протекающей беременности изменения в системе гемостаза идут пропорционально сроку гестации. Эти изменения являются физиологической адаптацией и имеют 2 основные функции – поддержание нормального функционирования фетоплацентарного комплекса и остановка кровотечения из плацентарной площадки после отделения плаценты [7]. Для нормального функционирования фетоплацентарной системы в условиях высокой коагуляции крови активируются компенсаторно-приспособительные механизмы: увеличивается количество терминальных ворсин малого калибра с гиперплазией и периферическим расположением капилляров, уменьшается толщина плацентарного барьера с истончением синцития, образуются синцитиокапиллярные мембраны, синцитиальные узелки [3,8].

Активация системы гемостаза во время беременности создает преморбидный фон для тромбогеморрагических осложнений. Нарушения гемостаза повышают риск тяжелых кровотечений при родах и кесаревом сечении. При хирургических вмешательствах на фоне тромбоцитопении и тромбоцитопатии (даже при тщательной остановке кровотечения) возможны кровотечения, в том числе отсроченные. То же наблюдается и при дефиците факторов свертывания. Кроме того, после травм у пациенток с нарушениями гемостаза могут развиваться отсроченные кровотечения, нередко появляются обширные гематомы [6].

Тромбоциты — безъядерные элементы крови, производные мегакариоцитов, длительность их существования от момента выхода их из костного мозга до момента физиологической утилизации в селезенке составляет 8—10 дней [9]. Принято считать, что в норме количество тромбоцитов должно быть в пределах 150-400 × 10^9/л. По данным многих авторов в тех случаях, когда количество тромбоцитов менее 100 × 10^9/л, следует констатировать тромбоцитопению. Частота этого феномена достаточно велика - от 10 до 130 новых случаев на 1 млн населения [2].

Тромбоцитопатия – нарушения система гемостаза, в основе которого лежат качественный дефект и дисфункция тромбоцитов. Адгезия (прилипание) обусловлена наличием в плазме и тромбоцитахбелка – фактора Виллебранда (FW), имеющего три активных центра, два изкоторых связываются с рецепторами тромбоцитов, а один – с рецепторамисубэндотелия и коллагеновых волокон.Одновременно с адгезией наступает агрегация (скучивание,образование конгломерата) тромбоцитов. Способность к агрегации —универсальное свойство тромбоцитов [9,1].

Известно, что осложнения второй половины беременности являются следствием реализации плацентарной ишемии с нарушением функционирования эндотелия и мультисистемным ответом материнского организма. В основе дезадаптации плацентарного кровообращения лежит развитие генерализованной микроангиопатии и тромбофилии вследствие сердечно-

сосудистых, инфекционно-септических, иммунных, метаболических и генетических факторов [5].

С внедрением в клинику высокочувствительных гемостазиологических методов установлено, что все этапы гестационного процесса характеризуются повышенной готовностью организма к тромбообразованию. К концу беременности увеличивается активность плазменных факторов свертывания крови. Данные о количестве тромбоцитов у беременных разноречивы; наряду с выявлением тромбоцитопении отмечены нормальное содержание тромбоцитов и даже случаи тромбоцитоза. Изменяется функциональное состояние тромбоцитов, которое характеризуется увеличением их адгезивных свойств. Неосложненные роды сопровождаются выраженной гиперкоагуляцией и гиперфибринолизом [9, 2].

Литературные данные свидетельствуют, что клинические проявления тромбоцитопений в 70-90 % случаев бывают однократными, и лишь у 10-30% пациентов они рецидивируют при различных состояниях. У отдельных больных они могут рецидивировать под влиянием различных факторов через регулярные интервалы. Во время беременности как известно происходят значительные изменения в системах организма, повышением психо-эмоциональными напряжения. Это обусловливает в свою очередь возникновению, усугублению и утяжелению течения иммун тромбоцитопения у беременных [8] .

Мировая литература свидетельствует о сочетании тромбоцитопении и беременности, как о серьезном и тяжелейшем состоянии, часто заканчивающимся печальным исходом для плода и матери, погибающей от обильного кровотечения во время аборта или родов. По данным литературы 20-х годов XX века, детская смертность составляла примерно 50%, а материнская – почти 100% (от маточных кровотечений) [4].

На сегодняшний день существуют работы по изучению различных аспектов при тромбоцитопении и тромбоцитопатии у беременных, однако они малочисленны и противоречивы. В связи с этим многие аспекты и проблемы заболевания остаются неизвестными и нерешенными.

Увеличение числа роста числа различных заболеваний у беременных, в результате которых наблюдается постепенное ухудшение состояния их здоровья, способствовало изучению многих из них. Однако исследования по изучению патологии тромбоцитов у беременных (клинико-лабораторные особенности) и разработке алгоритмов ведения пациентов во время беременности и родов разработаны недостаточно. Следовательно, проблема защиты и улучшения здоровья беременных с патологией тромбоцитов является одним из актуальных направлений медицины общегосударственного значения.

Список литературы

1. Акушерство: национальное руководство. Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М: ГЕОТАР-Медиа 2007; 1200.
2. Баркаган З.С., Момот А.П. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза. М.: Ньюдиамед, 2011.
3. Долгов В.В., Свирин П.В. Лабораторная диагностика нарушений гемостаза. М.–Тверь: Триада, 2015.
4. Егорова Я.А., Заболотнов В.А., Рыбалка А.Н.Тромбоцитопеническая пурпура при беременности. ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ №5 (91)/2014
5. Костерина А.В. Диагностика и лечение анемического и тромбоцитопенического синдромов у беременных. ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА ‘8 (109) сентябрь 2017 г.

6. Маринкин И.О., Белоусова Т.В., Плюшкин В.А. Роль нарушений в системе гемостаза и полиморфизма генов в патологии гестационного процесса и перинатального периода. Вестн Новосибир госунта. Биология, клин мед 2011;9(4):106–10.
7. Момот А.П. Принципы и алгоритмы клинико-лабораторной диагностики нарушений гемостаза. Барнаул: АГМУ, 2014.
8. Файзуллаева Н.И. Современные клинико - гемастозиологическии аспекты ведения беременности и родов у женщин с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой. Ташкент. 2016.
9. Ящук А.Г., Масленников А.В., Тимершина И.Р. Состояние сосудисто-тромбоцитарного гемостаза при беременности: признаки нормы и патологии. Рос вестн акуш-гинекол 2010;4(10): 17–9.

